护理园地

住院脑卒中患者跌倒后的护理干预效果

韦海燕
承德市中心医院,河北 承德 067000

摘要:目的 探讨护理干预在住院脑卒中患者跌倒的临床应用效果。**方法** 将100例住院脑卒中患者随机分为观察组和对照组,每组50例。对照组患者采用常规药物治疗,观察组在此基础上给予生活护理干预。采用Morse跌倒评估量表对护理前后患者进行评定,采用Berg平衡量表对护理前后患者平衡能力进行评定。**结果** 治疗后观察组患者Morse跌倒评估量表评分明显低于对照组(P<0.05),患者Berg平衡量表评分明显低于对照组(P<0.05)。**结论** 生活护理干预对减少脑卒中患者跌倒,提高患者的生活质量具有积极作用。

关键词:脑卒中;跌倒;护理干预

脑卒中以老年患者居多,加之疾病导致的躯体移动和平衡功能障碍,从而使脑卒中患者成为易跌倒的高危人群。据统计在卒中患者中跌倒发病率为每天8.9/1000,神经科病房发病率大约每天5.2~6.6/1000,住院期间跌倒患者占所有卒中患者外伤的80%~90%[1]。Morse跌倒评估量表有助于临床识别跌倒高风险患者,对患者跌倒倾向具有较高的预测能力[2]。研究显示,平衡紊乱者跌倒的危险性比正常人增加3倍[3],平衡功能差使老年人跌倒的危险性增加,平衡能力测试可以作为预测跌倒的指标[4]。生活护理干预措施及方法多种多样,针对住院的脑卒中患者自身特点,制定个体化具有针对性的干预措施防跌倒相关报道鲜见,因此,为了降低脑卒中患者跌倒发生率及提高其生活质量,实施有效的生活护理干预对住院脑卒中具有重要意义。本研究着重探讨对住院脑卒中后跌倒患者实施生活护理干预的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我科2014年10月~2015年9月住院脑卒中患者100例,诊断均符合全国第四届脑血管病会议通过的诊断标准,并经头颅CT或MRI确诊,采用完全随机分组的方法将患者分为观察组和对照组,每组50例,观察组男27例,女23例,年龄60~73岁,平均年龄66.28±2.13岁,对照组男29例,女21例,年龄62~72岁,平均年龄65.32±2.21岁。入选标准:年龄60岁以上,无明显智能障碍,能遵嘱完成动作且知情同意,无言语障碍,能借助辅助用具行走或能独立行走。排除标准:严重并发症或合并症、明显智力障碍、感觉性失语的患者。2组临床资料在年龄、性别、病情、病程等各方面对比无显著性差异(P>0.05),具有可比性。

1.2 方法

两组患者均接受常规治疗,根据患者病情给予抗凝、改善循环、脑细胞保护剂及其它治疗。观察组患者在常规护理方法基础上,根据患者实际情况制定相应对策,具体包括:(1)向患者及家属/陪护介绍预防跌倒病房环境及安全设施;(2)床头悬挂"跌倒风险"警示标示;(3)保持病室环境整洁,病室、走廊、浴室及厕所等患者活动范围内无障碍物且保持地面干燥;(4)指导患者及家属或陪护使用呼叫器;(5)厕座、浴室增设扶手,走廊、楼梯扶手稳实方便,使用无障碍卫生间;(6)教育患者及家属、陪护预防跌倒的方法及注意事项;(7)确保病室内、浴室内灯光明亮,夜间开地灯;(8)指导患者勿跨越床栏下床;(9)把患者需要的物品(水杯、尿壶、助行器等)放置在方便病人拿取处;(10)按医嘱留陪护1人,在夜间将陪护床紧邻患者床栏放置;(11)床位高低合适,便于患者上下床;(12)患者卧床时上床栏,加强巡视;(13)给予患者穿合身的衣物,穿防滑鞋;(14)指导患者穿脱袜子、鞋、裤应坐着进行;(15)告知患者在护士、家属或陪护协助下,方可下床活动;(16)使用移动床或平车外出检查,应上床栏;注意轮椅及便盆座椅的固定,坐轮椅时系上安全带;(17)评估患者使用约束带[5];(18)加强床上生活护理,协助擦浴,开餐,床上洗头及二便护理,指导患者使用便器;(19)指导患者进行运动训练、平衡训练、认知训练、肌力训练及步行培训;(20)对服用容易导致头晕、体位性低血压的药物或导致头晕的疾病,做好宣教,告知病人头晕时勿起床或在家属扶助下起床,对容易导致头晕的病人做到3个30 s,醒后躺30 s再坐起,坐起后坐30 s再下床,下床后站30 s再走动[6];(21)指导患者如突然头晕后就地靠墙扶助扶手或缓慢坐于地上。

1.3 评价标准

收稿日期:2016-03-01
作者简介:韦海燕,主管护师,E-mail: Sunday.Sunday7@163.com

采用Morse跌倒评估量表[7]对护理前后患者进行评定，评分>45分确定为跌倒高风险，25~45分为中度风险，<25分为低风险[8]，得分越高表示跌倒风险越高。采用BBS平衡量表[9-10]对护理前后患者进行评定，0~20分为跌倒高风险，21~40分为中度风险，41~56分为低风险，如果总分少于40分，预示有跌倒风险，得分越低表示跌倒风险越高。

1.4 统计学方法

应用SPSS 19.0软件进行统计学处理。计量资料用均数±标准差表示，两组均数比采用t检验或配对t检验，$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者生活护理干预前后MFS评分情况

对照组及观察组患者治疗前MFS评分皆大于45分，存在高跌倒风险，通过对观察组住院患者采取特殊的生活护理干预措施，治疗后的MFS评分明显降低到中度跌倒风险范围，并且低于对照组，差别具有统计学意义($P<0.05$，表1)，提示治疗后的观察组患者跌倒风险明显降低。

表1 两组患者生活护理干预前后MFS评分($\bar{x}\pm s$, n=50)

组别	治疗前	治疗后
观察组	49.90±4.57	29.80±4.16*
对照组	49.70±4.45	44.50±4.43

*$P<0.05$ *vs* 对照组.

2.2 两组患者生活护理干预前后BBS评分情况

对照组及观察组患者治疗前BBS平衡量表评分皆在中度风险范围，通过对观察组住院患者采取特殊的生活护理干预措施治疗后，BBS平衡量表评分明显升高为低风险范围，与对照组比较，差别具有统计学意义($P<0.05$，表2)，提示治疗后观察组患者平衡能力明显优于对照组。

表2 两组患者生活护理干预前后BBS评分($\bar{x}\pm s$, n=50)

组别	治疗前	治疗后
观察组	27.64±4.40	47.48±4.25*
对照组	27.40±4.23	28.06±4.26

*$P<0.05$ *vs* 对照组.

2.3 两组患者跌倒次数及跌倒发生率比较

通过对观察组住院患者采取特殊的生活护理干预措施后，跌倒次数及跌倒发生率明显低于对照组，差别具有统计学意义($P<0.05$，表3)。

表3 两组患者跌倒次数及跌倒发生率比较($\bar{x}\pm s$, n=50)

组别	跌倒次数	跌倒发生率(%)
观察组	4	8*
对照组	21	42

*$P<0.05$ *vs* 对照组.

3 讨论

脑卒中患者由于步态不稳，平衡能力下降，行动迟缓，加上年老体弱，反应迟钝等易发生跌倒，老年人随着年龄的增加，与老年化有关的前庭功能下降容易导致身体摇晃不稳、眩晕等，控制平衡功能下降导致身体跌倒[11]。有研究报道[12]，约有1/3超过65岁老年患者每年会发生1次跌倒。老年患者发生跌倒常导致下肢骨折，进而发生下肢静脉血栓、肌萎缩、压疮以及肺炎等并发症，严重者可造成死亡[13]。因为跌倒属于突发事件，无固定的模式和地点，但只要有了防范意识，就可预先提示和预防[14]。使用Morse跌倒评估量表及Berg平衡量表可对住院患者科学、合理地进行评估，能够为其制定有针对性的护理防范措施，有效保障护理工作的针对性和目的性，进而显著降低住院患者跌倒发生率[15]。本组研究结果表明，观察组治疗后给予生活护理的患者MFS评分明显低于对照组；患者的BBS平衡量表评分明显优于对照组，两组比较差异具有统计学意义。观察组住院患者采取特殊的生活护理干预措施后，跌倒次数及跌倒发生率明显低于对照组，差别具有统计学意义。住院脑卒中生活护理干预后对降低跌倒发生率具有明显意义，对提高患者生活质量，减轻经济负担，减少住院并发症更有重要意义。因此，在住院脑卒中患者护理中及时、适时的做好患者的生活护理，重视实施生活护理干预措施，给予患者必要的生活护理帮助和指导，协同患者家属共同参与，改善并规范他们预防跌倒的行为，能够减少住院脑卒中患者跌倒的发生。

综上所述，住院患者跌倒的干预措施可以有效预防跌倒的发生，跌倒风险的识别非常重要，它可以指导防跌倒措施的制定，还可以避免医疗资源的浪费，采取有针对性的防跌倒方案，可提高护士的工作效率[16]。本研究显示两种跌倒评估工具均有较好的预测效果，能帮助护士识别跌倒人群及跌倒风险[17]。Morse跌倒评估表及Berg平衡量表能够对跌倒高风险患者进行辨别，并为其制定相应的预防跌倒干预措施 。但要正确评分，避免评分过高增加护理人员工作量，浪费护理资源；或评分过低而不能对存在跌倒高风险患者进行及时干预，进而使跌倒发生率增高。因此，要正确使用Morse跌倒评估表及Berg平衡量表，为防跌倒工作提供准确依据。采用生活干预护理措施对住院脑卒中跌倒的发生临床效果显著，可以有效降低住院脑卒中患者跌倒发生，提高患者生活质量，值得临床护理推广。

参考文献：

[1] 王拥军. 卒中单元的并发症处理(卒中单元)[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2004: 165-76.

（下转431页）

[10] Bydureon package insert. Available at http://www.azpicentral.com/bydureon/pi_bydureon.pdfpage=1[Last accessed:Dec 28th, 2015].

[11] Tanzeum package insert.Available at https://gsksource.com/pharma/content/dam/GlaxoSmithKline/US/en/Prescribing_Information/Tanzeum/pdf/TANZEUM-PI-MG-IFU-COMBINED.PDF[Last accessed:Dec 28th, 2015].

[12] Trulicity package insert. Available at http://pi.lilly.com/us/trulicity-uspi.pdf[Last accessed:Dec 28th, 2015].

[13] Wysham CH, Macconell LA, Maggs DG, et al. Five-Year efficacy and safety data of exenatide once weekly: long-term results from the DURATION-1 randomized clinical trial[J]. Mayo Clinic Proceedings, 2015, 90(3): 356-65.

[14] Nauck MA, Stewart MW, Perkins C, et al. Efficacy and safety of once-weekly GLP-1 receptor agonist albiglutide(HARMONY 2):52 week primary endpoint results from a randomised,placebo-controlled trial in patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled with diet and exercise[J]. Diabetologia, 2016, 59(2): 266-74.

[15] Umpierrez G, Tofé PS, Pérez MF, et al. Efficacy and safety of dulaglutide monotherapy versus metformin in type 2 diabetes in a randomized controlled trial (AWARD-3)[J]. Diabetes Care, 2014, 37(8): 2168-76.

[16] Diamant M, Van Gaal L, Guerci B, et al. Exenatide once weekly versus insulin glargine for type 2 diabetes (DURATION-3): 3-year results of an open-label randomised trial[J]. The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2014, 2(6): 464-73.

[17] Giorgino F, Benroubi M, Sun JH, et al. Efficacy and safety of once-weekly dulaglutideversus insulin glargine in patients with type 2 diabetes on metformin and glimepiride(AWARD-2) [J]. Diabetes Care, 2015, 38(12): 2241-9.

[18] Blonde L, Jendle J, Gross J, et al. Once-weekly dulaglutide versus bedtime insulin glargine, both in combination with prandial insulin lispro, in patients with type 2 diabetes (AWARD-4): a randomised, open-label, phase 3, non-inferiority study[J]. Lancet, 2015, 385(9982): 2057-66.

[19] Weissman PN, Carr MC, Ye JE, et al. HARMONY 4: randomised clinical trial comparing once-weekly albiglutide and insulin glargine in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin with or without sulfonylurea[J]. Diabetologia, 2014, 57(12): 2475-84.

[20] Rosenstock J, Fonseca VA, Gross JL, et al. Advancing basal insulin replacement in type 2 diabetes inadequately controlled with insulin glargine plus oral agents: a comparison of adding albiglutide, a weekly GLP-1 receptor agonist, versus Thrice-Daily prandial insulin lispro[J]. Diabetes Care, 2014, 37(8): 2317-25.

(上接415页)

[2] 王秀琴, 姜彩凤. Morse跌倒评估量表在脑卒中患者康复护理中的应用效果[J]. 解放军护理杂志, 2014, 31(14): 57-8, 68.

[3] 徐建鸣. 预防住院患者跌倒的最新实证[J]. 实用护理杂志, 2007, 17(7): 38-40.

[4] Yoo IY. Recurrent falls among community-dwelling older Koreans: prevalence and multivariate risk factors[J]. J Gerontol Nurs, 2011, 37(9): 28-40.

[5] 王苏娜. 香港医院预防住院患者跌倒的方法[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(5): 397-8.

[6] 方 凯, 瞿杭炯, 张玲娣. 轻型脑梗死患者早期神经功能恶化的危险因素研究[J]. 现代实用医学, 2013, 25(5): 504-5, 539.

[7] Morse JM, Black C, Oberle K, et al. A prospective study to identify the fall-prone patient[J]. Soc Sci Med, 1989, 28(1): 81-6.

[8] Chow SK, Lai CK, Wong TK, et al. Evaluation of the morse fall scale: applicability in Chinese hospital populations[J]. Int J Nurs Stud, 2007, 44(4): 556-65.

[9] Berg KO, Wood DS, Williams JT, et al. Measuring balance in the elderly:preliminary development of an instrument[J]. Physiother Can, 1989, 41(5): 304-11.

[10] 瓮长水, 王 军, 王 刚, 等. Berg平衡量表在脑卒中患者中的内在信度和同时效度[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(8): 688-90, 717.

[11] Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, et al. Geriatric medicine:an evidence-based approach [M]. 4th ed. NewYork:springer,2003: 979-94.

[12] 李丽萍, 王金宇. Morse跌倒评估量表与Berg平衡量表在老年患者跌倒风险管理中的应用体会[J]. 中国实用医药, 2013, 8(18): 219-20.

[13] 廖长青, 任 会. Morse跌倒评估量表在老年住院病房的应用[J]. 中国民康医学, 2012, 24(6): 712-8.

[14] 江桂素. 患者跌倒原因分析与对策[J]. 中国实用护理杂志, 2007, 23(18): 59-60.

[15] 周君桂, 李亚洁, 范建中. Morse跌倒评估量表中文版在我国住院老年患者中的信度及效度研究[J]. 中国康复医学杂志, 2012, 27(3): 244-7, 284.

[16] 杨 洁. Morse跌倒评估量表在临床护理中的应用[J]. 全科护理, 2012, 10(25): 2318-9.

[17] 周君桂, 范建中. Morse跌倒评估量表与Berg平衡量表应用于老年患者预测跌倒风险的效果分析[J]. 中国康复医学杂志, 2012, 27(2): 130-3.